

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 117.

---

# RHUMATISME TUBERCULEUX ANKYLOSANT

SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**André MONTET**

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Coutras, le 26 janvier 1879.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—  
1904



RHUMATISME TUBERCULEUX  
ANKYLOSANT

SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

MT



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 117.

---

# RHUMATISME TUBERCULEUX

## ANKYLOSANT

SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**André MONTET**

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Coutras, le 26 janvier 1879.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—  
1904

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET . . . . . DOYEN.  
LACASSAGNE . . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

## PROFESSEURS

|                                                           |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales. . . . .                              | { MM. LÉPINE.  |
|                                                           | BONDET.        |
|                                                           | BARD.          |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                         | { PONCET.      |
|                                                           | JABOULAY.      |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .           | X.             |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                        | GAYET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . | GAULLETON.     |
| Clinique des maladies mentales. . . . .                   | PIERRET.       |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                | WEILL.         |
| Physique médicale . . . . .                               | MONOYER.       |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .                | HUGOUNENQ.     |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 | CAZENEUVE.     |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                   | BEAUVISAGE.    |
| Parasitologie. . . . .                                    | LORTET.        |
| Anatomie . . . . .                                        | TESTUT.        |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                  | RENAUT.        |
| Physiologie . . . . .                                     | MORAT.         |
| Pathologie interne. . . . .                               | TEISSIER.      |
| Pathologie externe . . . . .                              | AUGAGNEUR.     |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .            | MAYET.         |
| Anatomie pathologique . . . . .                           | TRIPPIER.      |
| Médecine opératoire. . . . .                              | POLLOSSON (M.) |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .               | ARLOING.       |
| Médecine légale . . . . .                                 | LACASSAGNE.    |
| Hygiène. . . . .                                          | COURMONT (J.). |
| Thérapeutique . . . . .                                   | SOULIER.       |
| Pharmacologie . . . . .                                   | FLORENCE.      |

## PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire . . . . . M. DOYON.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                      |                             |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Clinique des maladies des femmes. . . . .            | MM. POLLOSSON (A.), agrégé. |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               | CHANDELUX, —                |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS, —                  |
| Propédeutique médicale . . . . .                     | ROQUE, —                    |
| Propédeutique chirurgicale. . . . .                  | ROLLET, —                   |
| Propédeutique de gynécologie. . . . .                | CONDAMIN, —                 |
| Anatomie pathologique . . . . .                      | DEVIC, —                    |
| Accouchements. . . . .                               | FABRE, —                    |
| Matière médicale . . . . .                           | MOREAU, —                   |
| Anatomie topographique. . . . .                      | DURAND, —                   |

## AGRÉGÉS

|           |                 |                |               |
|-----------|-----------------|----------------|---------------|
| MM. ROUX. | MM. SIRAUD.     | MM. BÉRARD.    | MM. VILLARD.  |
| COLLET.   | DURAND.         | SAMBUC.        | TIXIER.       |
| BOYER.    | PIC.            | BORDIER.       | FABRE.        |
| BARRAL.   | PAVIOT.         | COURMONT (P.). | REGAUD.       |
| MOREAU.   | NOVÉ-JOSSERAND. | CHATIN.        | CAUSSE, ch... |
| VALLAS.   |                 |                |               |

M. X..., Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président*; DOYON, *Assesseur*;

MM. PIC et NOVÉ-JOSSERAND, *Agrégés*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A qui je dois tout, je dédie ces  
quelques pages, bien faible témoi-  
gnage de ma profonde affection et  
de ma sincère reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

Témoignage d'affectueux attachement.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

*A mon Président de Thèse*

Monsieur le Professeur PONCET

EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔTEL-DIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

## AVANT-PROPOS

---

*Qu'il nous soit permis de dire à M. le Professeur Antonin Poncet, quels sentiments de respectueuse reconnaissance nous attachent à lui. Après nous avoir donné, durant trois hivers un enseignement magistral et fécond, il nous a suggéré l'idée de notre thèse. Aujourd'hui il veut bien en accepter la présidence. Qu'il croit à notre entière gratitude pour tous ces bienfaits et ce grand honneur.*

*M. le Professeur Arnozan fut notre premier maître en médecine. Nous avons déjà apprécié sa haute science. Dans des circonstances pénibles et récentes, nous avons pu juger de son obligeante bonté.*

*Nous sommes impuissants à rendre ici la reconnaissance que nous lui gardons.*

*M. le docteur Bouveret a facilité nos recherches avec bienveillance. Son affabilité nous a été trop sensible pour que nous en perdions sitôt le souvenir.*

*Séparés plutôt que nous le pensions de notre excellent camarade le docteur Verdeau, nous avons souvent regretté la présence près de nous d'un ami aussi cher. Nos sentiments pour lui n'ont point souffert de notre éloignement, ils demeurent avec toute leur force. Nous sommes heureux de l'en assurer ici.*

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## INTRODUCTION

---

Le temps est loin, où sous la dénomination générale de rhumatisme, on désignait indifféremment toute arthropathie.

Baillon le premier sut voir des formes distinctes dans ce groupe complexe, et à l'ensemble symptomatique du rhumatisme articulaire aigu actuel, il réservait le nom de rhumatisme.

Un peu plus tard, avec les travaux de Sydenham, Musgraves et Sauvages, le rhumatisme chronique acquerrait son autonomie.

Malgré ses analogies fréquentes avec la goutte, Charcot en 1866 (*Leçons sur les maladies des vieillards*), l'en sépara, et le présente avec le rhumatisme articulaire aigu, comme deux manifestations différentes d'un même état diathésique.

Ainsi est soulevée par cet auteur la question de la pathogénie.

A côté du rhumatisme, maladie générale, liée à un trouble de la nutrition, le plus généralement admis, Charcot signale l'existence d'arthrites survenant à la suite de l'érysipèle, des angines et de la blennorrhagie.

Garrod, Lorrain, Trousseau, signalent cette maladie comme cause possible du rhumatisme chronique.

Marie décrit les ostéopathies pneumiques, Bouchard les arthrites phalango-phalangiennes, dues à la dilatation de l'estomac.

Le rhumatisme infectieux était créé, et Charrin s'en fait le défenseur dans ses cliniques à l'Hôtel-Dieu et dans son travail : *Rhumatisme chronique et infection*, publié par l'Association française pour l'avancement des sciences.

A l'heure actuelle la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu est connue. Celle du rhumatisme chronique l'est moins; cependant pour lui comme pour le précédent le rôle des diverses infections dans sa production devient de plus en plus prépondérant et Massanlagho pouvait déjà dire au VIII<sup>e</sup> congrès de la Société italienne de médecine interne en 1897 : « Somme toute, l'individualité du rhumatisme chronique est compromise, on peut même dire qu'elle n'existe plus. »

Il appartenait à M. le professeur Poncet de prendre une large part au démembrement de ce bloc intangible qu'avait semblé être si longtemps le rhumatisme chronique. Dès 1897, au Congrès de chirurgie, il démasquait le rôle du bacille de Koch, et montrait à côté des pseudo-rhumatismes infectieux déjà connus, l'existence du rhumatisme tuberculeux, sous la forme de polyarthrites déformantes.

Conception nouvelle, d'autant plus intéressante qu'elle venait s'opposer à l'idée si longtemps admise

de l'antagonisme du rhumatisme et de la tuberculose. Dans la littérature médicale, on ne trouve rien en effet de signalé sur les relations possibles de ces deux affections.

Depuis sa première communication, M. le professeur Poncet publia, ou fit publier par ses élèves, une série d'observations. Grâce à elles, il montra ce caractère protéiforme que revêt la tuberculose, et aussi saisissable dans ses localisations articulaires que dans toutes ses autres localisations ; allant dans le rhumatisme « depuis la simple arthralgie fluxionnaire ou non, depuis l'arthrite légère, fugace avec exsudat plus ou moins abondant, de qualité variable, jusqu'à l'arthrite aiguë hydropique, avec épanchement considérable, jusqu'à l'arthrite fibreuse, sèche, noueuse, déformante, etc., simulant ainsi toutes les arthrites mono-articulaires, polyarticulaires englobées dans le terme vague de rhumatisme articulaire. »

Comme nouvelle confirmation notre éminent maître faisait à la Société des hôpitaux, le 10 juillet 1903, une communication sur le rhumatisme tuberculeux ankylosant. Il s'appuyait sur l'observation typique d'un malade de son service à l'Hôtel-Dieu.

Or ce malade, atteint de rhumatisme ankylosant, l'était sous la forme clinique décrite par Marie sous le nom de spondylose rhizomélisque. « A priori, finissait le rapporteur, et surtout d'après mon observation, je ne serais pas étonné que la spondylose rhizomélisque ne soit qu'une variété de rhumatisme tuberculeux. Dans tous les cas, suivant une expression un peu triviale, c'est à voir. »

C'est à notre faible compétence que M. le professeur Poncet a bien voulu confier le soin de faire des recherches à ce sujet. Nous avons pu réunir six observations dont quelques-unes déjà publiées.

Avec ces matériaux, nous avons tâché d'apporter à l'idée de notre maître la vérification qu'elle comporte. Peut-être n'y arriverons-nous qu'insuffisamment. A tout hasard, nous réclamons grande indulgence.

Notre bonne volonté et nos efforts furent grands. Puissent-ils faire excuser les fautes qu'aura laissé se glisser dans notre travail notre jeune et courte expérience.

Nous avons divisé notre sujet en quatre chapitres :

Dans le premier nous indiquerons rapidement ce qu'est la spondylose rhizomélique aux points de vue clinique et anatomo-pathologique.

Dans le second, nous ferons l'étiologie et la pathogénie.

Le troisième contiendra les six observations que nous avons pu réunir.

Le quatrième sera consacré à l'exposé de nos conclusions.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### DESCRIPTION — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En donnant le nom de spondylose rhizomélique (σπονδυλος, vertèbre — ριζα, racine — μελος, membre) à l'affection qui nous occupe, Marie mettait en relief les symptômes dominant de cette polyarthrite ankylosante, à son degré ultime et le plus complet. Le malade qui, en étant atteint, est arrivé à ce degré, présente en effet une soudure de la colonne vertébrale et des articulations de la racine des membres.

La soudure de la colonne vertébrale est absolue, ne cédant à aucune force.

La tête est figée dans une attitude constante de flexion sur le sternum, avec dans certains cas, une légère inclinaison latérale. Cette position de la tête est due à une ciphoscoliose de la partie supérieure ou de la totalité de la région cervicale.

La colonne vertébrale déformée dans sa position supérieure, l'est aussi au niveau de la région dorso-lombaire. A cet endroit, elle a perdu sa courbure normale, et est devenue absolument plane.

Si sans se contenter de cet examen d'ensemble, l'on

examine plus attentivement le sacrum, les articulations sacro-iliaques, on les sent garnies de saillies osseuses anormales.

Le toucher, pratiqué au niveau du pharynx, en fait également sentir, à la face antérieure des corps vertébrales ; la gêne qu'elles apportent à la déglutition les fait souvent pressentir.

Non seulement les vertèbres sont soudées entre elles, mais elles le sont également avec les côtes, les mouvements du thorax en sont gênés, et le malade a une respiration exclusivement abdominale.

Les membres inférieurs sont ordinairement légèrement fléchis sur le bassin. La soudure des articulations coxo-fémorales est absolue, contrairement à celle des articulations scapulo-humérales.

A ce niveau là l'ankylose est moindre, souvent même il n'existe que de la limitation plus ou moins marquée des mouvements d'élévation des bras, avec ou sans craquements.

Outre ces quatre grands articles, de plus petits peuvent être pris, mais toujours ils sont situés à la racine des membres. C'est ainsi que chez R..., qui fait le sujet de notre deuxième observation, nous voyons les articulations sterno-claviculaires être le sujet de douleurs. Léri, dans son article de la *Revue de médecine* (1899), signale la participation relativement fréquente des articulations sterno-claviculaires, temporo-maxillaires, etc.

Rarement les genoux sont indemnes, souvent leur flexion est limitée.

Les atrophies musculaires sont peu marquées. Ces

ankyloses entraînent à leur suite des conséquences. Nous avons déjà vu que la déglutination pouvait être gênée, que la respiration costale l'est constamment.

Le malade prend une attitude vicieuse et caractéristique.

Debout, il fléchit le genoux, pour remédier à l'inclinaison des cuisses sur le bassin, ce qui lui donne la forme générale d'un Z, comme la plupart des auteurs l'ont fait remarquer.

Pour marcher, il jette alternativement en avant son côté droit, son côté gauche, tournant autour de l'axe du membre opposé comme autour d'un pivot.

Pour se coucher, il éprouve de grandes difficultés. S'il repose sur la région dorsale, les membres inférieurs et le bassin sont élevés au-dessus du plan du lit. Si au contraire il repose par ses jambes et son bassin, il doit caler les épaules par des coussins. Un malade de Marie appuyait sa nuque sur une sorte d'œillère en corde, suspendue aux montants du lit qu'il s'était ingénieusement fabriquée.

D'autres spondylosiques ne se couchent que sur le côté.

Si tel est l'aspect de la maladie confirmée, elle ne débute pas ainsi d'emblée. L'ankylose apparaît en un point limité, ordinairement à la région dorso-lombaire. De là elle s'étend à la façon d'une tache d'huile, selon la comparaison de Marie, pour s'installer plus ou moins rapidement, sur toutes les autres articulations plus haut citées.

Cette évolution est accompagnée de douleurs.

Celles-ci précèdent même l'ankylose, et ne disparaissent qu'à soudure complète.

Ces douleurs exagérées par la pression, sont souvent barométriques. Dans certains cas elles s'irradient suivant le trajet des nerfs.

Cette évolution est fatale, paroxystique. De temps en temps surviennent des crises douloureuses, à leur suite les mouvements sont de plus en plus gênés. Il n'est pas rare, il est vrai, d'observer des rémissions, quelquefois même de légères améliorations, momentanées hélas. Il sera facile de s'en convaincre à la lecture de nos observations II et V.

Jusqu'ici les autopsies de pareils malades ont été faites peu nombreuses. L'on cite une première nécropsie, faite par un Anglais, Hillon Fagge, et exposée par le même docteur à la Société pathologique de Londres en 1876. Dans ce cas où, il est facile de le concevoir, le diagnostic de spondylose rhizomélisque n'avait point été fait, les lésions observées confirment les constatations faites depuis par MM. Léri, Pic, et Bombes de Villiers.

Léri en effet a pu faire deux autopsies relatées dans la *Revue de médecine*, (1899); MM. Pic et Bombes de Villiers ont eu la même chance et ont publié leurs résultats dans le *Lyon médical* du 4 octobre 1903. Nous les exposons nous-même en détail dans nos observations IV et V, nous prions le lecteur de s'y reporter. Ici nous ne relatons que les grosses lésions, mises en lumière par ces cinq examens.

Au niveau de la colonne vertébrale, il y a moins soudure entre les pièces osseuses, qu'ossification des

ligaments, surtout des ligaments de la convexité. Il existe un amincissement des disques intervertébraux, avec ossification de leur pourtour au moins dans certains points du rachis. Plus ou moins constamment les apophyses articulaires transverses sont soudées entre elles, ces dernières le sont aussi avec les côtes. Mais toujours et d'une façon qui semble prédominante les ligaments jaunes sont ossifiés.

Au niveau des hanches, la fusion osseuse entre le cotyle et la tête du fémur est très prononcée, et dans les observations de M. Pic elle était complète.

Généralement aux épaules, l'ankylose moindre est due à des stalachites osseuses, réunissant entre elles les surfaces articulaires, avec ossification partielle du bourret fibreux et des ligaments.

En résumé dans toutes les articulations frappées, se montre le même processus plastique et ankylosant. Les parties fibreuses s'ossifient, des jetées osseuses se forment entre les surfaces articulaires. Et cette ankylose diffère bien de celle qu'obtient souvent à grand'peine le chirurgien, dans les tumeurs blanches. Elle se montre d'emblée, envers et malgré tous les efforts, sans être précédée d'aucune formation molle ou fongueuse. Qu'on le remarque bien, ces soudures se font sans déformation, sans que les surfaces articulaires aient leur forme modifiée. Aussi ne nous semble-t-il point que la spondylose rhizomélisque soit une variété du rhumatisme déformant. Son évolution est celle des arthrites infectieuses, blennorrhagique ou autres. Nous le répétons, la maladie de Marie est une polyarthrite ankylosante ; cet auteur nous semble avoir été

autorisé à lui donner un nom spécial, caractérisant bien sa symptomatologie et indiquant la fréquence qu'ont un groupe de grandes articulations à se prendre à l'exclusion des autres, sans que, d'ailleurs, nous nous en expliquions bien la cause.

---

## CHAPITRE II

---

### ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Tous les auteurs qui ont traité de la spondylose rhizomélisque, et depuis la première publication de Marie, ils sont nombreux, ont essayé de résoudre cette question intéressante de l'étiologie et de la pathogénie.

Deux notions importantes ont été acquises dès le début, et confirmées par la suite, à savoir l'importance de l'âge et du sexe. Cette affection survenant au début de l'âge adulte et chez l'homme presque exclusivement. Un seul cas chez une femme a été signalé par Gasne. Mais quand il s'est agi de définir la cause, les conclusions ont été portées moins précises.

Marie dont il est juste de citer l'opinion la première, fut très peu affirmatif à cet égard.

Il invoqua d'abord le froid humide, puis peut-être des troubles de la nutrition, comme semblaient l'y autoriser les nodosités de Bouchard présentées par son second malade.

Un peu plus tard, dans une communication qu'il fit avec Léri, à la Société médicale des Hôpitaux (séance du 24 février 1899), il disait : « Chez un de mes malades, l'affection est sous la dépendance de la

blennorrhagie, mais il doit y avoir plusieurs causes à la maladie, peut-être même s'agit-il d'une infection particulière. »

Leri reprenant la question, dans la *Revue de Médecine* (août, septembre, octobre 99) prétend la cause hypothétique. « Elle semble variable, diathésique parfois, infectieuse le plus souvent, blennorrhagique fréquemment. »

Depuis ces publications, la question « étiologie » ne fait aucun pas. Les différentes causes invoquées par Marie, sauf l'idée d'infection particulière que l'on ne retrouve plus énoncée nulle part, sont reprises et développées par les différents auteurs, s'attachant à décrire avec prédilection l'une ou l'autre, mais n'en décelant point de nouvelles. Nous n'en voulons pour témoins que la thèse de Markuzewski, (Paris, 1899 *Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique*), l'article de Mayet (*Gazette des Hôpitaux*, 1902) : « Spondylose rhizomélique ». Les thèses de Jouve à Lyon, de Boyer à Toulouse, de Cazal à Paris, et tout récemment de Riollot à Lyon.

De tous ces travaux il apparaît que deux causes doivent être invoquées, le rhumatisme proprement dit et la blennorrhagie.

Avec ces seules données combien de cas restent inexpliqués, cas où l'on ne retrouve dans les antécédents du malade ni diathèse, ni trace de blennorrhagie si légère et si lointaine soit-elle. Il en est ainsi pour deux des malades de Marie, pour ceux de Feindel et Foussard, de Thanassesco, Koehler, Beer, Strümpell, Bäumlér et Muller, Teixidor Sunol, etc.

Que la maladie infectieuse, qu'est la blennorrhagie donne naissance à la spondylose rizomélique, simple rhumatisme ankylosant, à localisations spéciales, rien de plus naturel.

Cette action du gonococque sur les articulations est sue de tous, et, comme le disait M. le professeur Poncet : « Nous les connaissons bien ces arthrites, vouées à la soudure, quoique on fasse, dans la blennorrhagie, la puerpéralité, etc. ». Mais cette action n'est point particulière à ces seuls agents microbiens et toutes les maladies infectieuses en sont capables. La pathologie générale apprend que toutes les toxines microbiennes, quelle que soit leur marque de fabrique, si nous pouvons employer cette expression, sont susceptibles d'engendrer les mêmes lésions sans qu'aucune différence dans celle-ci puisse faire préjuger de celles-là.

Un élève de la clinique, le docteur Levet, en donnait, d'ailleurs, la preuve par son travail inaugural. (Lyon, 1903. *Rhumatisme tuberculeux; Arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse.*)

Réserver *à priori* une place plus ou moins grande au bacille de Koch, dans l'étiologie de la spondylose rhizomélique, était chose raisonnable.

La bonne fortune fournit à M. le professeur Poncet, l'occasion de s'en convaincre en faisant entrer dans son service un spondylosique, traité précédemment par différents maîtres éminents, et chez lequel l'on n'avait pu trouver aucune cause à ses multiples ankyloses. M. Poncet, remarquant dans les antécédents héréditaires ou collatéraux du malade, l'existence de la

phimatose, impossible à déceler par les moyens cliniques, dans les organes du malade lui-même, fit injecter à celui-ci de la tuberculine.

La réaction fut positive et devint le point de départ de notre travail; après avoir été l'objet d'une communication à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (Février 1903).

Kollaritz, traitant de la spondylose rhizomélique, avait bien prononcé le mot de tuberculose, mais il n'avait vu en cette infection qu'une cause préparante du terrain.

A la suite de cette publication, MM. Pic et Bombes de Villier en faisaient une semblable, et présentaient dans le même sens les observations typiques de deux spondylosiques tuberculeux.

Il nous a été facile de retrouver l'intervention de la bacillose, dans quelques observations de spondylose antérieurement publiées, et à étiologie inexpliquée.

C'est ainsi que Marie cite le cas d'un malade présenté par Hillon Fagge (1876) à la Société pathologique de Londres.

« Homme de 34 ans, pris pour un phtisique, et que l'autopsie montra bronchectasique sans tubercules dans les poumons, *avec seulement des dépôts calcifiés dans les ganglions mésentériques.*

Il ne pouvait marcher que soutenu, et restait assis dans son lit, à cause d'une forte dyspnée. Il ne pouvait que peu mouvoir le cou; les vertèbres dorsales formaient une longue courbe peu ou pas mobile. La poitrine était aplatie transversalement, projetée en avant sur la ligne médiane, les cotes, fixées la respiration exclusivement abdominale. La hanche droite était aussi fixée.

Il n'est pas question des épaules. La mort survint au bout d'un mois. »

Léri analysant cette observation, porte le diagnostic rétrospectif de spondylose rhizomélisque, d'autant mieux que les lésions trouvées à l'autopsie, sont superposables à celles qu'il a trouvées lui-même dans les cas types.

Or dans l'histoire pathologique du malade, il n'est fait mention d'aucune autre maladie que la bronchectasie; les ganglions mésentériques ne sont-ils pas d'un précieux indice, et ne montrent-ils pas que c'est comme tuberculeux que cet homme devint spondylosique?

Dans le même article, nous voyons citée une observation de Teixidor Sunol (*Independencia medica de Barcelona*, 31 mai 1898).

« Il s'agit d'un jeune homme pauvre, dans de mauvaises conditions hygiéniques, ayant des antécédents héréditaires tuberculeux, mourant à 23 ans d'une tuberculose dont les premiers signes s'étaient manifestés 3 ans avant.

A 8 ans, ce jeune homme avait eu une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu. « Qu'il nous soit permis de dire en passant, que ce rhumatisme articulaire aigu, ne le retenant que quelques jours au lit, sans aucune nouvelle manifestation ultérieure, ressemble beaucoup à un pseudo-rumatisme infectieux, quoique le malade n'ait eu aucune maladie infectieuse antérieure. »

Devient garçon de café. A 13 ans surviennent des douleurs aux genoux. Ces douleurs cessent rapidement par un repos au lit, pour se localiser quelques jours après aux hanches, puis à la colonne vertébrale, aux épaules. Elles sont partout suivies d'ankylose.

Aucun traitement ne produisit de résultat. Seule l'huile de foie de morue le soutint un peu. Il devint tuberculeux à 20 ans, et mourut à 23 ans. »

Ne faut-il point voir là, un nouveau méfait de la tuberculose, ayant donné lieu d'abord à un rhumatisme aigu, puis à un rhumatisme chronique ankylosant, pour emporter en fin de compte le malade par ses dernières localisations pulmonaires.

Observation de spondylose rhizomélique rapportées par Marie. — « H... Louis 31 ans. Après une rougeole à 5 ans, commence à avouer des douleurs dans les genoux à 12 ans. A 18 ans, hydartrose des genoux, surtout du gauche, persistant quelques mois. De 19 à 25 ans, les hanches s'ankylosent, puis la colonne vertébrale, et les épaules se limitent dans leurs mouvements. A 29 ans douleurs dans les coudes et les poignets, sans gonflement ni rougeur. A l'examen, mouvement de latéralité dans les genoux très prononcés, et flexion nettement limitée; extension exagérée, apparence globuleuse et craquements dans les mouvements étendus. Nodosités de Bouchard, surtout au médius et à l'annulaire de deux mains. Signes de tuberculose à gauche. »

Jouve, qui la rapporte, fait dépendre l'affection de l'infection rubéolique survenue à 5 ans, les premières manifestations articulaires s'étant montrées six ans après. « Rien ne manque, dit-il encore, au tableau du rhumatisme chronique déformant, pas même la tuberculose, qui souvent, hâte la fin de ces maladies. »

Quant à nous, nous ne voyons point là un cas de rhumatisme déformant, aucune déformation n'accompagne les ankyloses de la colonne vertébrale, des

épaules et des hanches, et de plus, d'après nos autres observations, nous nous croyons en droit de considérer les lésions du sommet gauche, non pas comme une complication du rhumatisme, mais comme l'indication de l'infection véritable dont relevaient ces polyarthrites.

Il est à remarquer d'après ces observations, et cela ressortira également de l'observation I du chapitre suivant, que la spondylose rhizomélique, peut être la première manifestation clinique de la tuberculose. Les bacilles en effet peuvent se cantonner en un point profond de l'organisme, inaccessible à nos moyens d'investigation, ganglions mésentériques ou autres, (Observation de Hillon Fagge). De là ils envoient des toxines qui font naître sous nos yeux les lésions articulaires, secondaires à la vérité, mais primitives en apparence.

D'une façon plus générale, M. Poncet a d'ailleurs signalé l'existence du rhumatisme tuberculeux primitif. (Thèse d'Eymann, Lyon, 1902. *Du rhumatisme tuberculeux articulaire aigu*. — Leçons cliniques publiées par la *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1903).

La spondylose rhizomélique peut également apparaître secondaire ou concomitante, soit qu'elle survienne chez un sujet autrefois atteint de bacillose, ou porteur de lésions tuberculeuses au moment même.

La tuberculose nous semble agir non pas par ses bacilles, impossibles à retrouver dans les articulations frappées, mais par ses toxines. Ainsi d'ailleurs agit très souvent la blennorrhagie. Si dans certains cas, l'on a pu déceler l'existence de gonocoques dans les

articles, les cas sont nombreux où les recherches sont demeurées infructueuses.

Ces toxines, agissent-elles directement sur les séreuses articulaires, ou indirectement par l'intermédiaire du système nerveux ?

Nous ne pouvons le dire. Mais si ce mode d'action est intéressant à connaître, il ne change cependant rien à la nature des choses, et aux relations de la tuberculose et de la spondylose.

Suivent nos observations, qui nous l'espérons, entraîneront les convictions comme elles ont déjà entraîné la nôtre.

---

## CHAPITRE III

---

### OBSERVATIONS

---

#### OBSERVATION I

Recueillie à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Poncet.

Déjà publiée dans les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 juillet 1903.

V... François, 33 ans, cultivateur, exerce depuis des années la profession de cultivateur dans un petit village du département du Rhône.

A un passé héréditaire et personnel peu chargé. Son père et sa mère sont morts âgés, de maladies inconnues. Ils avaient eu six enfants qui en dehors de notre ankylosé et d'un de ses frères atteint depuis des années d'une bronchite chronique, continuent à bien se porter.

Jusqu'à l'âge de 20 ans, sa santé a été parfaite. Il ne se souvient vers cette époque, alors qu'il faisait son service militaire, que d'oreillons, rapidement guéris, compliqués d'orchites doubles, et d'une légère blennorrhagie disparue au bout de quelques mois.

N'a pas eu la syphilis, n'en présente aucun stigmate. Il se maria à 20 ans. Il eut trois enfants, dont deux sont morts en bas âge.

Les lésions articulaires qui ont nécessité son entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon (il fut d'abord admis salle Sainte-Marguerite, dans le service de M. Roque) remontent comme première manifestation à quatre ans environ.

Il éprouva à cette époque des douleurs plus ou moins

vives, plutôt intermittentes, dans la région dorso-lombaire. Ces douleurs gênaient la marche, le travail, etc. « Il marchait, dit-il, courbé en deux, et ne se trouvait pas trop mal, » lorsqu'il y a dix-huit mois, la maladie prit une allure nouvelle, une marche aigüe.

Les douleurs devinrent très vives, continues, avec exacerbations nocturnes, non plus seulement dans la colonne vertébrale, mais dans les deux membres inférieurs. Elles se localisèrent, en même temps, dans les deux genoux, dans les deux hanches.

D'après les renseignements donnés sur F. V. par son entourage immédiat (par sa femme) il fut alors très malade.

Il avait de la fièvre, des insomnies, une anorexie variable, mais constante, etc., et surtout il souffrait atrocement dans les régions indiquées.

Aucune médication n'a apporté de soulagement à un tel état: le salicylate de soude, l'antypirine, etc, furent vainement employés. Les douleurs étaient toujours violentes, parfois nous l'avons dit, sous forme de crises. Bientôt survinrent des déformations articulaires qui devaient rendre ce pauvre homme complètement impotent.

A un moment donné, il éprouva quelques douleurs dans le coude gauche, en dehors des articulations déjà indiquées, les entres jeintures restèrent indemnes.

C'est seulement depuis trois ou quatre mois que les douleurs spontanées ont disparu. La pression locale, les mouvements les réveillent encore à un degré beaucoup moindre, et F. V a pu être amené sans trop de difficultés à l'Hôtel-Dieu.

Il se présente avec un habitus bien spécial, dans l'es-pèce, bien typique.

Pâle, maigre, très anémié, il est étendu ou plutôt immobilisé dans son lit, par une quadruple ankylose des grandes articulations des membres inférieurs, et par une rigidité en barre de fer, des articulations dorso-lombaires.

Les deux genoux sont dans l'extension, mais la cuisse droite est légèrement fléchie sur le bassin et tout le membre inférieur correspondant est dans l'abduction et la rotation en dehors.

La cuisse gauche est aussi légèrement fléchie et dans l'adduction.

Le malade ne peut faire un mouvement avec les articulations frappés ; il est suivant une expression classique cloué sur son lit. Cette impotence totale s'accuse encore par l'immobilisation des articulations vertébrales, lombaires, dorsales, immobilisation qui s'étend jusqu'au voisinage des vertèbres cervicales seules libres.

Les membres inférieurs sont émaciés, très amaigris, mais si l'atrophie musculaire est considérable, on ne trouve pas du côté de la peau et des autres tissus de lésions laissant supposer, malgré leur symétrie, leur bilatéralité des arthropathies d'origine nerveuse.

L'examen de chaque articulation précitée révèle pour les deux hanches une ankylose complète, osseuse, avec absence de tout gonflement articulaire, de toute trace d'abcès, de suppuration antérieure, de cicatrices, etc.

La même enquête donne les mêmes résultats pour les autres articulations malades. Pour les genoux, en particulier, la peau est comme collée sur les extrémités osseuses qui se dessinent en relief.

L'examen radiographique a, d'autre part, ratifié le diagnostic clinique d'ankylose osseuse, complété, d'ailleurs, par l'examen sans anesthésie générale. Il s'agit bien d'ankyloses osseuses par fusion intime des surfaces articulaires entre elles, pour la plupart des articulations frappées, et pour la hanche droite, avec jetées périostiques et capsulaires également de nature osseuse.

L'examen de tous les organes a été négatif. Malgré une investigation minutieuse, il n'a pas été possible de trouver trace d'une infection antérieure ayant pu provoquer ces

accidents articulaires, ou d'une affection présente, mettant sur la voie d'un diagnostic pathogénique.

L'auscultation des poumons pratiquée à plusieurs reprises a été également négative.

Des injections sous-cutanées de tuberculine ont donné chez ce rhumatisant un résultat positif. F. V. a réagi d'une façon très nette.

Sa température qui, l'avant-veille et la veille de cette épreuve d'essai, était de 37°2 le matin et de 37°4 le soir, est montée le soir qui a suivi l'injection sous-cutanée de lymphé de Koch à 38°5.

On a jamais eu de troubles des sphincters. Les réflexes sont exagérés. Trépidation épileptoïde, pas de Babinsky.

Comme on vient de le voir par cette observation détaillée, F. V. doit rentrer dans la classe des malades de Marie. Le mode de début, la marche, l'ankylose de la colonne vertébrale, des deux hanches, tout cela est typique. A vrai dire, les articulations scapulo-humérales et cervicales sont encore indemnes. Mais nous n'osons affirmer que chez notre malade l'affection ait cessé de progresser, et qu'à leur tour ces articulations encore libres ne se prendront point. Et quand bien même il n'en serait pas ainsi, nous considérons cependant F. V. comme un vrai spondylotique, les malades cités comme tels aussi bien par Marie que par les autres auteurs, ne sont souvent pas plus typiques, et souvent même le sont moins. Encore une fois cela s'explique par le caractère de cette maladie, essentiellement progressive.

De plus chez F. V. il s'agit d'un rhumatisme infectieux et non d'un rhumatisme franc. Nous n'en voulons pour preuve que la terminaison de toutes ces

arthrites par ankylose. Il ne saurait être question davantage d'un rhumatisme chronique déformant; il n'y a pas, en effet, de déformation articulaire osseuse, à proprement parler, en dehors de l'ankylose.

Quelle est donc l'infection à mettre en cause?

Dans les antécédents de familles nous trouvons un frère probablement phthisique et deux enfants morts en bas âge.

Chez le malade lui-même, rien à signaler, sinon une blennorrhagie trop légère et trop lointaine pour être invoquée. Mais en revanche une réaction positive à la tuberculine. Si nous nous rapportons à l'opinion de maîtres éminents tels que MM. Poncet et Comby nous devons admettre que F. V. est tuberculeux. Que ce soient les lésions articulaires qui aient provoqué la réaction, ou que ce soit un foyer latent profond, ganglionnaire, peu importe.

Notre malade est un tuberculeux et en l'absence de toute autre infection, nous croyons pouvoir faire de son rhumatisme, un rhumatisme tuberculeux.

## OBSERVATION II

(Inédite et personnelle. Pratique privée de M. le docteur Gonnet, à l'obligeance duquel nous la devons.)

R..., Eugène, 29 ans, exerce depuis longtemps la profession de régleur sur papier. Habite un logement très salubre et aéré à Lyon.

Rien d'important à signaler dans ses antécédents héréditaires. La mère est encore vivante, son père serait mort

de ramollissement cérébral. Il avait une sœur qui est morte de maladie de cœur.

Quant à lui, il a eu, durant sa jeunesse, une santé parfaite. Aurait contracté cependant durant son service militaire deux bronchites, de courte durée chacune. A partir de cette époque, R. E. se serait enrhumé facilement les hivers.

Il y a cinq ans, la toux est devenue plus forte et plus fréquente. Le malade aurait à cette époque perdu l'appétit, subi un amaigrissement important et craché le sang. A signaler aussi des sueurs nocturnes fatigantes.

M. le docteur Gonnet, appelé à ce moment, diagnostiqua une induration du sommet droit; son diagnostic clinique fut confirmé par l'examen bactériologique des crachats qu'il fit pratiquer par M. Mérieux, chimiste expert. Toutes les préparations présentèrent des bacilles de Koch en abondance.

Un traitement énergique et reconstituant consistant surtout en repos, suralimentation, viande crue, huile de foie de morue et toniques de toutes natures, fut institué, et le malade put lutter contre l'envahissement de ses poumons, et reprendre un état général satisfaisant.

C'est ainsi que lors de notre première visite, nous avons pu voir R. E. présentant un bon état général, d'un embonpoint assez accusé, d'un poids de 73 kilog., sa taille étant de 1 m. 59. L'appétit est redevenu normal.

A l'auscultation, nous n'avons rien trouvé à gauche. A droite, quelques râles à la fin de l'inspiration dans la fosse sus-épineuse. La percussion de la clavicule se faisait mieux entendre en arrière à droite qu'à gauche.

La percussion des sommets donne peu de différence des deux côtés.

A ce point de vue tout va donc pour le mieux.

Mais il y a 2 ans le malade ressentit des douleurs dans la région dorso-lombaire et coccygienne, qui se propagèrent après peu de temps à l'épaule droite. Ces douleurs

le gênaient peu dans la marche ou dans son travail. Il faut dire que son métier, peu pénible, s'accomplit debout, plutôt même un peu penché en avant.

Ces douleurs étaient paroxystiques, spontanées et provoquées.

Cet état demeura stationnaire assez longtemps, cependant il y a quelques mois elles s'étendirent aux hanches, surtout sensible à la partie postérieure de la cuisse, la douleur semblant se propager suivant le trajet du sciatique.

Elles passèrent également à l'épaule gauche et aux articulations sterno-claviculaires. En même temps apparaissait un peu de raideur dans la région lombaire.

Le malade en était là quand, il y a deux mois, ses articulations cervicales se prirent à leur tour. La douleur y apparut la première, bientôt suivie d'un léger gonflement élargissant la partie postéro-inférieure du cou ; et presque en même temps apparaissaient une gêne considérable et une limitation marquée des mouvements de cette région.

Au moment de notre examen, voilà comme se présente notre malade :

Il se tient parfaitement debout, mais dans une attitude particulière, figée, soudée pour ce qui est au moins de la partie supérieure du corps.

Sa tête est fortement penchée en avant, elle est encore capable de mouvements de rotation très limités. Dans les mouvements d'élévation, le menton arrive avec peine à être horizontal, et il ne peut se rapprocher à moins de trois travers de doigts du sternum.

Les mouvements de flexion, aussi bien à droite qu'à gauche, existent à peine. Si l'on veut continuer par une pression, même tenace, ces mouvements spontanément limités, l'on ne peut y arriver.

Les mouvements du bras droit sont également très gênés, au moins dans l'élévation. Ce malade ne peut, en effet, porter sa main sur sa tête. Si les mouvements du

bras gauche sont encore possible, le malade sent cependant une certaine gêne à les faire.

Ces différents troubles empêchent le malade de s'habiller, et nous sommes nous-mêmes obligés de le dévêtir pour notre examen.

La colonne vertébrale est soudée à la région dorso-lombaire, comme elle l'est à la partie cervicale. Pour ramasser un objet placé à ses pieds, R. E. est obligé de fléchir ses genoux, encore doit-il se tenir à nous de la main gauche, la rigidité de la colonne vertébrale ne lui permettant pas les mouvements du tronc propre à assurer son équilibre.

Les articulations coxo-fémorales, au point de vue de l'ankylose, sont encore peu prises. Cependant si la flexion est possible, permettant la position assise normale, l'abduction est très limitée, et il est impossible à notre malade de croiser les jambes l'une sur l'autre, position qui, autrefois, lui était favorite. Même gêne dans les mouvements d'adduction. Il est à remarquer que cependant ces mouvements se font mieux dans le décubitus dorsal.

L'atrophie des différents muscles est peu sensible, l'épaule gauche est un peu tombante.

L'abdomen est très développé, mais le malade va toujours en de bonnes digestions, et si son estomac est peut-être un peu dilaté, il ne faut vraisemblablement voir là que la conséquence toute naturelle de la suralimentation à laquelle il se soumet depuis plusieurs années.

Les autres organes ne présentent rien à signaler. Pas de troubles des sphincters.

La sensibilité et les réflexes sont normaux.

Ses douleurs rhumatismales ont été traitées successivement par salicylate de soude et l'antipyrine à l'intérieur, par des applications locales de salicylate de méthyle. Sur les vertèbres cervicales, des pointes de feu furent appliquées à plusieurs reprises. Ces différents traitements furent vains, et, sauf les rémissions normales

et spontanées dans l'évolution de cette maladie, l'affection s'achemine immédiatement vers l'ankylose complète et typique de la colonne vertébrale et des quatre grandes articulations des membres. »

Il ne saurait s'agir, en effet, pour ce second malade, comme pour le précédent, que d'une spondylose rhizomélisque. Rien ne manque dans la symptomatologie, sont atteintes les articulations qui ont coutume de l'être dans cette affection, à un degré moindre qu'habituellement le sont les hanches, mais il ne faut pas perdre de vue que R. E. ne fait remonter qu'à deux ans le début de ses premières douleurs, et que, par conséquent, l'évolution ne saurait être achevée.

Nous n'avons point affaire là à un mal de Pott. Il serait insuffisant à expliquer toutes les lésions, et, si au début, la région cervicale a été un peu enflammée, il ne demeure plus aucun vestige de cette inflammation. Il y a simplement ankylose et douleurs spontanées et intermittentes. Le choc sur la tête ne les réveille point. Pas d'abcès par congestion, etc...

Il est bien net, d'autre part, que ce rhumatisme polyarticulaire survient chez un tuberculeux, indemne de toute autre infection, et que là encore le diagnostic étiologique s'impose : spondylose rhizomélisque tuberculeuse secondaire.

A noter dans cette observation, la participation des articulations sterno-claviculaires. Ce n'est point là une nouveauté, et Leri, de son côté, a déjà observé et signalé pareille localisation.

### OBSERVATION III

Nous donnons l'histoire résumée d'un malade soigné par Bouveret, dans son service de l'Hôtel-Dieu, alors qu'il était encore médecin des hôpitaux. L'observation détaillée a été égarée. M. Bouveret a eu l'obligeance de nous transcrire ses souvenirs très nets, affirme-t-il. Nous les rapportons intégralement.

« Il y a cinq ans, j'ai eu, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, un malade de 30 ans, atteint à la fois de spondylose rhizomélique et de tuberculose pulmonaire. Son observation a été prise, puis a dû être égarée; cependant mes souvenirs sont très précis. La spondylose était tout à fait typique; la colonne vertébrale était rigide dans toute son étendue; les quatre grandes articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales étaient à peu près complètement ankylosés. Le coude et les genoux commençaient à être intéressés. Le malade est resté trois mois dans mon service. Il toussait déjà au moment de son admission, mais la toux paraissait avoir été postérieure aux premières douleurs articulaires. La tuberculose d'abord apyrétique, prit bientôt une marche aiguë, très fébrile et ce malade sentant sa situation s'aggraver, voulut rentrer chez lui. »

Il est évidemment regrettable que cette histoire ne nous ait été conservée intacte et minutieuse.

Hâtons-nous de dire que ce malade, dont le nom nous est inconnu, ne fait point l'objet d'une de nos autres observations, aucun d'autres malades, en effet, n'ayant passé dans l'ancien service de M. Bouveret.

Quant aux diagnostics respectifs de spondylose rhizomélique et de tuberculose portés par un maître aussi éminent, ils nous paraissent ne devoir soulever aucun doute. Aussi nous sommes-nous cru autorisé

à produire l'histoire de ce rhumatisant, chez lequel la seule infection tuberculeuse a été notée.

#### OBSERVATION IV

Empruntée ainsi que la suivante à l'article de MM. Pic et Bombes de Villiers, *Lyon Médical* du 4 octobre 1903.

D... Pierre, 44 ans, entre à l'hospice du Perron le 10 janvier 1903, salle Jouve, n° 1.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Sa femme est morte de tuberculose pulmonaire. Il a eu 6 enfants dont 3 sont morts en bas âge, de maladie indéterminée.

Il n'a jamais eu aucune espèce de maladie vénérienne, il nie énergiquement toute blennorrhagie. Aucun stigmate de syphilis. Aucune cause d'intoxication. Pas d'alcoolisme.

Il est sujet aux bronchites tenaces, durant 3 et 4 mois et à répétition fréquente avec toux et expectoration abondante sans hémoptisie.

A 18 ans, il souffrit pendant 1 mois au niveau de la cuisse et de la hanche droite, et depuis l'âge de 30 ans, il est sujet à avoir des douleurs erratiques dans les membres.

Au mois d'avril 1897 (il avait 38 ans), début de l'affection actuelle par des douleurs de la colonne cervicale, avec flexion en avant, inclinaison de la tête à gauche, rotation de la face à droite; on croit à un torticolis, puis à un mal de Pott; un chirurgien de l'Hôtel-Dieu applique une minerve plâtrée, puis l'envoie à l'asile des convalescents de Sainte-Eugénie. Disparition des douleurs. Se croyant guéri, il revient se faire enlever la minerve, mais les douleurs reparurent presque aussitôt; on lui en remit une seconde, mais inutilement. Les douleurs firent ensuite leur apparition dans les épaules, puis de nouveau dans la colonne au niveau du dos, puis des lombes, sur-

tout à droite. En même temps les mouvements des articulations de ces diverses régions allèrent en se limitant de plus en plus ; inversement les douleurs se sont atténuées en même temps que l'ankylose a augmenté. Actuellement les phénomènes douloureux n'existent plus que par périodes, sortes de paroxysmes pendant lesquels le malade semble traverser une phase aiguë, avec douleurs, plus vives, plus continues et avec plus grande limitation des mouvements.

Actuellement tout mouvement spontané ou provoqué a disparu au niveau de la colonne vertébrale ; au niveau des lombes l'ensellure normale a disparu, de sorte que la colonne est rectiligne jusqu'à la région dorsale supérieure, où existe au contraire une courbure brusque à convexité postérieure, et à l'origine du cou, le profil du dos se continue avec celui de la région cervicale, la colonne cervicale étant fléchie obliquement en avant, avec inclinaison latérale à gauche, la tête étant au contraire fixée en rotation à droite.

Pas de saillie marquée, ni isolée d'une apophyse épineuse, pas de douleur à la pression à leur niveau.

Le malade ne peut regarder en l'air, ni baisser la tête, ni la tourner d'un côté ou de l'autre ; il est obligé pour regarder latéralement de faire subir à tout son corps un mouvement de rotation. On ne peut provoquer aucun mouvement passif de la tête ni de la colonne.

Au niveau des membres inférieurs, ankylose de la hanche droite en flexion, avec légère adduction et rotation en dedans ; les mouvements provoqués de la cuisse entraînent le bassin. Quelques douleurs dans la hanche gauche, avec un peu de réduction des mouvements sans ankylose à proprement parler. Craquements dans les deux genoux ; les mouvements du genou droit sont limités. Rien d'anormal dans les articulations tibio-tarsiennes ni dans les pieds. Exagération des réflexes rotuliens, surtout à droite ; pas de trépidation épileptoïde ; pas de signe

de Babinski; réflexe du tendon d'Achille un peu exagéré des deux côtés.

Par suite de l'ankylose de la hanche droite, le malade ne peut se redresser et, en marchant, pivote autour de cette hanche droite immobile.

Aux membres supérieurs on ne trouve de phénomènes articulaires qu'au niveau des épaules; rien du côté des mains, ni des coudes. Les mouvements d'élévation et d'abduction des bras sont limités. Craquements dans les épaules. Les douleurs irradient le long des clavicules. Pas de douleur à la pression des articulations sterno-claviculaires. Rien du côté des articulations temporo-maxillaires. Pas de troubles trophiques notables. Pas de tremblements fibrillaires.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

Au cœur, les bruits sont sourds, avec un galop net.

Aux poumons, submatité au sommet gauche avec expiration prolongée. Le malade tousse un peu.

*Janvier 1903.* — Depuis le début de l'hiver 1902-1903, l'état général s'est aggravé; pendant tout le cours de l'année, il ne s'était plaint de temps à autre que d'une exaspération de ses douleurs articulaires; mais depuis trois mois ce sont les phénomènes pulmonaires, peu importants auparavant, qui occupent le premier plan. Actuellement, au sommet gauche, soit en arrière, soit en avant, matité, exagération des vibrations, retentissement de la voix et de la toux; craquements humides abondants, descendant en avant jusqu'au niveau de la ligne mamelonnaire. A droite, pas de bruits anormaux. Expectoration abondante, purulente.

Le séro-diagnostic tuberculeux, pratiqué au laboratoire de MM. Arloing et P. Courmont, est positif au 15<sup>e</sup>, agglutination peu dense.

*15 mars.* — L'état général s'aggrave rapidement; des phénomènes laryngés se sont produits; la toux est

aphone, pénible, incessante ; sueurs nocturnes, anorexie, amaigrissement.

21 mars. — Le malade succombe aux progrès de son affection pulmonaire et laryngée.

23 mars. — Autopsie.

Appareil pulmonaire. — Le sommet gauche est très adhérent ; au centre existe une énorme caverne ; les parties voisines de cette excavation sont atteintes de broncho-pneumonie tuberculeuse typique ; partout on remarque un semis de granulations les unes grises, les autres jaunes. Au sommet droit, sclérose pulmonaire dense d'origine manifestement tuberculeuse ; dans toute l'étendue du poumon droit, véritable infiltration par des granulations tuberculeuses, les unes grises, les autres jaunes. Le poumon droit pèse 850 grammes ; le gauche 460 grammes.

Le cœur pèse 400 grammes, il est gros et mou ; le ventricule gauche a ses parois un peu augmentées d'épaisseur mais l'hypertrophie est moindre que la dilatation.

Le foie est énorme, du type grasseyé ; il pèse 3 kil. 600.

Les reins pèsent : le gauche, 170 grammes ; le droit, 250 grammes. Des deux côtés la substance corticale est décolorée, un peu marbrée, avec une capsule peu adhérente ; les étoiles de Verheyen sont très visibles ; à la coupe on découvre des granulations abondantes, soit grises, soit jaunes. En somme, les reins ont l'aspect de gros reins blancs, avec poussée de granulie récente.

La rate est grosse, pèse 280 grammes.

L'aorte présente un peu d'athérome au début de la crosse.

Le cerveau est sain, sauf un certain degré d'œdème méningé et intracérébral.

Le mésencéphale ne présente aucune altération non plus que la moelle épinière.

Les articulations coxo-fémorales présentent l'une et l'autre des signes d'inflammation chronique ; à gauche,

les altérations sont légères ; à droite, elles sont très prononcées : il s'agit d'une altération velvétique des cartilages diarthrodiaux, avec stalactiques osseuses ; les cartilages sont érodés en outre en plusieurs points ; les deux surfaces opposées adhèrent par ces points érodés, mais cette ankylose est en somme incomplète et l'on peut, en déployant un certain effort, désarticuler la hanche. Les fémurs sont un peu augmentés de densité. Les genoux offrent une altération de même ordre, mais beaucoup moins accusée ; il en est de même des épaules.

La colonne vertébrale offre des lésions constituées essentiellement par l'amaigrissement des disques intervertébraux ; leur pourtour est ossifié en quelques points, mais incomplètement, de sorte que presque tous les disques peuvent être sectionnés au bistouri ; toutefois, au niveau de plusieurs espaces intervertébraux, l'ossification du grand surtout ligamenteux antérieur empêche la lame de pénétrer. Les autres ligaments intervertébraux sont de même ossifiés en plusieurs points. Ossification incomplète des articulations costo-transversaires. En résumé, l'ankylose vertébrale est moins complète qu'on pouvait s'y attendre d'après les phénomènes cliniques.

*Examen histologique.* — Cœur : légère sclérose par îlots disséminés périvasculaires. Quelques fibres en voie de segmentation. Les cellules elles-mêmes sont bien colorées.

Reins : les glomérules sont sains ; les tubuli contorti ont leur épithélium net ; il existe seulement, en quelques points, un peu de sclérose en nappes interfasciculaires. Malheureusement les coupes n'ont pas porté sur les granulations visibles à l'œil nu.

## OBSERVATION V

Hospice du Perron, service de M. Pic (n° 461 du registre des observations de M. Pic ; n° 152 du registre des examens histologiques).

Le nommé M..., entre à l'hospice du Perron, salle Saint-Lazare, n° 25, en 1886, à l'âge de 27 ans. L'observation suivante est prise en décembre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires. Une sœur morte en bas âge à la suite du convulsions. Un frère et une sœur bien portants.

Dans le jeune âge, coqueluche. A 12 ans, fluxion de poitrine (?) ayant duré six mois.

En 1881, à l'Hôtel-Dieu, chancre mou ; l'inoculation de ce chancre sur la cuisse du malade a toutefois été négative.

La même année variole soignée à l'hôpital de la Croix-Rousse. Pas d'alcoolisme. Pas d'impaludisme. Pas de rhumatisme articulaire aigu. Le malade a été réformé au conseil de revision pour faiblesse de constitution. A 15 ans, il aurait couché dans un logement humide.

En 1876, à l'âge de 18 ans, apparaissent aux membres supérieurs et inférieurs des douleurs peu intenses avec craquements articulaires et qui ne l'obligèrent pas à suspendre son travail. Puis les douleurs se généralisèrent, la colonne vertébrale devint rigide et le malade dut cesser de travailler. Les membres ne tardèrent pas à s'atrophier. En 1882, est survenue une hydarthrose du genou droit qui a disparu depuis.

Actuellement (décembre 1888) les douleurs ont disparu dans n'importe quelle région depuis un an environ. L'appétit est bon. La marche se fait assez facilement avec une canne. Le malade traîne un peu la jambe ; il avance courbé en deux et ses jambes se détendent avec une certaine raideur, surtout la gauche.

Pupilles dilatées. Myopie ancienne. Pas d'incontinence des matières et des urines. Quelques raideurs au genou droit, surtout dans les mouvements de flexion et d'extension. Le malade ne peut fléchir sa colonne dorsale lombaire ; la colonne cervicale est un peu flexible, mais les torticolis sont fréquents.

Aux membres supérieurs, légère contracture à gauche.

Force musculaire diminuée également du même côté, surtout dans les efforts d'extension. Réflexes rotuliens et olécraniens exagérés. Tremblements fibrillaires et secousses beaucoup plus fortes autrefois, au dire du malade. Sensibilité intacte.

Cœur : pointe au 4<sup>me</sup> espace ; premier bruit sourd ; rythme particulier : deux ou trois révolutions de longueur et de durée normales, suivie de deux ou trois autres plus rapides, puis d'un silence un peu prolongé, sans toutefois d'intermittences. Enfin reparait la première série de révolutions lentes et ainsi de suite.

Aux poumons, expiration un peu prolongée au sommet droit.

Troubles trophiques : aucun muscle n'est complètement atrophié, mais tous sont notablement diminués de volume.

Troubles vaso-moteurs : jambes froides.

Le 5 janvier 1898, l'un de nous, M. Pic, voit le malade pour la première fois, et fait, à dater de ce jour ajouter successivement les notes suivantes :

*5 janvier 1898.* — La marche se fait comme il a été dit plus haut ; et sur un terrain sans aspérités le malade peut même se passer de canne, mais dès qu'il lui faut monter un peu, il perd l'équilibre s'il n'a pas de point d'appui. Aux membres inférieurs on ne note pas de déformation ni de déviation. Tous les mouvements sont possibles dans les articulations des genoux et des cou-de-pied ; quelques légers craquements qui disparaissent quand on a imprimé plusieurs mouvements successifs.

Les articulations coxo-fémorales sont complètement

ankylosées. Les cuisses sont en extension normale. Il est impossible de leur faire faire un mouvement. Pas plus de flexion que d'adduction ou d'abduction. Le malade, pour marcher, est obligé de pivoter successivement sur chacun de ses membres.

Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés; la sensibilité est intacte,

Aux membres supérieurs, la force est assez bien conservée, bien que les muscles soient diminués en masse. Tous les mouvements sont possibles, sauf à l'épaule droite, où le bras ne peut s'élever au-dessus de l'horizontale; le malade ne peut mettre sa main sur sa tête. Pas de contractions. La colonne vertébrale est rigide, sauf à la région cervicale, où les mouvements sont assez étendus, mais les torticolis sont fréquents.

Pas de déformation de la colonne, ni de points douloureux à son niveau. Quelques secousses musculaires dans les membres, assez rares aujourd'hui, mais plus fréquentes au début. Toutes les douleurs ont à peu près disparu. L'état général est assez bon, quoique le malade soit très maigre, presque un peu cachectique, et paraisse notablement plus âgé que ne le comporte son âge réel.

Le cœur bat dans le quatrième espace, en dedans du mamelon. Les battements sont forts et soulèvent énergiquement la paroi thoracique. Les bruits sont très nets, les révolutions régulières, 92 à la minute. Le pouls est petit et régulier. Mêmes signes aux poumons; le malade ne tousse pas. Pas d'albumine.

6 janvier 1898. — Quand le malade est debout, la tête et la colonne cervicale se placent sur un même plan horizontal, les deux omoplates se détachent très nettement et font une forte saillie.

Il y a un enfoncement profond de la colonne vertébrale et une ensellure lombaire. Le malade se mobilise en masse quand on veut lui faire faire quelques mouvements

de flexion : il fléchit les genoux pour ramasser un objet à terre.

Le malade a fait, au début de sa maladie, une saison à Aix ; en en revenant, il a constaté que ses deux hanches commençaient à s'enkyloser.

*20 mars 1903.* — Il y a quatre jours, le malade est sorti et aurait pris froid ; le lendemain, un peu d'anorexie ; le surlendemain, 18 mars, frisson, point de côté violent sous le mamelon ; toux fréquente et pénible, mais pas d'expectoration.

Ce matin à l'examen, on note : matité dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche ; vibrations thoraciques notablement augmentées en ce point ; à l'auscultation, pluie de râles crépitants fins, nombreux, inspiratoires, s'entendant surtout dans les deux tiers inférieurs du poumon, en arrière et dans l'aisselle ; mais pas de souffle, ni d'égophonie ; un peu de pectoriloquie aphone ; aucun signe d'épanchement : les râles s'entendent bien jusqu'en bas.

Au cœur, impulsion énergique de la pointe ; bruits nets et bien frappés.

*23 mars.* — Le séro-diagnostic tuberculeux, pratiqué par M. Fromont, interne des hôpitaux, dans le laboratoire de M. le professeur Arloing, et sous la direction de M. P. Courmont, est positif.

*31 mars.* — Depuis le 20, à signaler de nombreux incidents.

Peu après les râles crépitants de la base gauche, est survenu un souffle intense avec bronchophonie. Le 23 mars, état grave, dyspnée extrême ; le pouls est à 142, la respiration à 35 ; on place alors un vésicatoire. Jusque là, la température avait oscillé régulièrement entre 39° et 40° ; le lendemain elle est à 38°,9, puis elle descend en lysis jusqu'à 38°, le 26 au matin, la courbe de la respiration et du pouls lui étant parallèle. Mais, depuis lors, bien que le malade se trouve bien, la température est remon-

tée graduellement avec des oscillations : 38°, 2 le matin, 39°, 4 le soir. Ce matin, avec 38°, 1, un pouls à 94, une respiration à 20 et un certain degré d'euphorie, les signes physiques sont d'une grande intensité.

A la base gauche, en arrière, les râles crépitants de retour ne sont point apparus; le pouls persiste, avec une intensité même plus grande; il s'agit d'un souffle tubaire à timbre métallique; peu d'exagération des vibrations. Le souffle s'entend jusqu'à l'angle de l'omoplate; au-dessus on perçoit, dans le tiers supérieur, quelques râles crépitants inspiratoires; rien dans la fosse sous-claviculaire, la matité est énorme, avec peu d'exagération, des vibrations. Souffle tubaire énergique, avec mélange de râles crépitants et sous-crépitanes à timbre métallique. Rien d'anormal au niveau des fosses sus-claviculaires.

Cœur régulier; un petit frottement aux deux temps.

Le malade a pâli et maigri, mais il n'a pas le teint terreux.

L'expectoration est abondante, formée de deux parties : l'une muqueuse et aérée, l'autre adhérente au vase, de couleur gelée d'abricots.

3 avril. — L'expectoration change de caractère; elle est abondante, encore adhérente au vase, de teinte brune assez marquée; malade; dyspnée toujours intense. Depuis le 26, la température est à grande oscillations, avec maxima vespéraux.

5 avril. — Numération des leucocytes du sang : 3,750 par millimètre cube.

Cytologie de sang et du liquide d'un vésicatoire, après coloration par l'éosine-hématine après fixation par le chloroforme. Sang : mononucléaires, 53 %; polynucléaires, 41 %; éosinophiles 6 % — Vésicatoire : mononucléaires, 54 %; polynucléaires, 36 %; éosinophiles, 10 %.

10 avril. — Depuis le 1<sup>er</sup> avril, l'état général a un peu baissé; la température est à très grande oscillation, de 37°5 le matin à 39°8 ou 40° le soir.

Le matin, la température est à 37°3, la respiration à 24, le pouls à 100 ; le malade a un peu pâli, mais pas de teinte terreuse. L'expectoration qui ces jours derniers était teinte chocolat est nulle.

Localement, les signes se sont modifiés : depuis hier soir, matité dans tout le sommet gauche avec persistance de la sonorité au niveau de l'espace de Traube ; bronchophonie, pectoriloquie aphone ; quelques râles inspiratoires à timbre métallique, à partir de la fosse sous-épineuse, et plus abondante à la base. En avant, matité de bois sous la clavicule et dans la fosse sus-claviculaire, avec diminution des vibrations ; souffle tubaire, retentissement de la voix et de la toux ; pectoriloquie aphone, pas d'égophonie ; les râles métalliques prennent ici le caractère de gargouillement et s'entendent même en dehors des efforts de toux.

L'examen du squelette montre une ankylose complète des deux hanches, incomplète de l'épaule droite, avec cypho-sclérose et rigidité de la région dorsale de la colonne, intégrité presque complète des articulations des régions cervicales, lombaire, et l'ombo-sacrée. Exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde.

13 avril. — Depuis le 10, bien que la température soit redevenue presque normale, l'état général s'est aggravé, la dyspnée et la cyanose sont devenues extrêmes, ainsi que l'amaigrissement, le pouls filiforme, et le malade a succombé ce matin.

15 avril. — Autopsie.

Appareil respiratoire : Le poumon droit pèse 870 grammes et le gauche 950. On constate l'existence d'une symphyse pleuro-pariétale complète à gauche, d'autant plus serrée que l'on se rapproche du sommet, où la plèvre viscérale, d'aspect lardacée, a une épaisseur de près de 2 centimètres, et se continue sans interruption avec un tissu de même nature plongeant dans la profondeur de la fosse sus-claviculaire ; à ce niveau le poumon présente une con-

sistance dure, une coloration noirâtre, avec au centre, des cicatrices fibreuses denses, mais pas de tubercules nets. Le lobe supérieur offre dans son entier un aspect carnifié ; il est formé d'un tissu dense, rougeâtre, allant au fond de l'eau, ne crépitant en aucun point. En examinant la coupe à jour frisant, on y voit plusieurs très petites granulations grises. Le lobe inférieur et l'extrémité inférieure du lobe supérieur présentent des îlots confluents de broncho-pneumonie tuberculeuse sans aucun point de suppuration.

En résumé, ce poumon présente des lésions typiques de fausse pneumonie franche tuberculeuse à la période d'état en bas, au début en haut ; et en outre une vieille pneumonie tuberculeuse pleurogène du sommet.

À droite, symphyse nette, mais moins serrée ; au sommet, quelques cicatrices tuberculeuses ; ailleurs œdème pulmonaire.

Cœur : poids 340 grammes ; abondant épanchement péricardique, sans trace d'inflammation ; un peu d'insuffisance tricuspide, avec dilatation de l'anneau et amincissement des parois du ventricule droit ; l'aorte est souple ; une seule plaque d'athérome.

Les reins sont congestionnés ; ils pèsent l'un et l'autre 130 grammes.

La rate pèse 200 grammes ; rien d'anormal.

Le foie pèse 1500 grammes ; type de foie cardiaque.

La moelle et le cerveau ne présentent rien à signaler à l'œil nu.

Les deux articulations coxo-fémorales sont ankylosées à angle très obtus ; il s'agit d'une ankylose osseuse complète. Une section passant par l'axe du col du fémur montre que les aréoles du tissu spongieux du col et de l'os iliaque sont réunies par un tissu de même nature, qui existe à la place de l'ancienne articulation, laquelle n'est plus marquée que par une coloration légèrement plus jaune que le reste du tissu osseux. Au niveau des articu-

lations scapulo-humérales, l'ankylose est incomplète ; les surfaces articulaires sont détachées avec peine l'une de l'autre. Quant à la tête humérale, sa demi-circonférence postérieure est érodée et présente trois bourgeons osseux, avec végétations stalactiformes. Pas de tubercules visibles à l'œil nu.

La colonne vertébrale, à partir de la région dorsale et jusqu'en haut, présente une soudure de ses corps vertébraux par ossification partielle des ligaments et du grand surtout ligamenteux antérieur, en particulier à la région cervicale cypho-scoliose à convexité droite. Quant aux vertèbres lombaires, on les isole facilement à l'aide du scalpel.

La moëlle et le cerveau n'offrent aucune lésion appréciable à l'œil nu.

Si la cause à invoquer est presque sûrement la tuberculose dans les deux cas précédents, elle demeure plus douteuse, dans une observation publiée par M. Riollot (Thèse *Du rôle de la blennorrhagie dans l'étiologie de la spondylose rhizomélique*). Nous n'en donnons que le résumé, car elle n'est point typique.

Rhumatisme blennorrhagique antérieur (à deux reprises). Rhumatisme chronique à type de spondylose sans ankylose des épaules ni des hanches. Hydartrose des genoux ; intégrité des mains et des pieds. Induration du sommet droit.

Il s'agit, en effet, d'un homme G..., Jean, 56 ans, ayant eu une blennorrhagie à 18 ans. Première manifestation articulaire trois semaines après, toutes les articulations sont prises. Guérison après quatre mois. Deuxième manifestation à 24 ans.

Vingt-cinq ans après, à l'âge de 56 ans, G... est pris d'un rhumatisme chronique à type spondylonique. En

même temps, le malade présente des signes d'induration du sommet droit et quelques hémoptysies.

M. Riollot fait de ce rhumatisme chronique ankylosant, un rhumatisme blennorrhagique. Peut-être la blennorrhagie est-elle capable, après vingt-cinq ans, d'entraîner de pareilles conséquences; il nous a semblé cependant dans ce cas particulier qu'il était plus simple d'incriminer la tuberculose, dont des manifestations pulmonaires coexistaient visiblement avec les manifestations articulaires.

---

## CONCLUSIONS

---

La spondylose rhizomélisque décrite par Marie rentre dans l'étude générale du rhumatisme ankylosant. Par son siège, par ses caractères, elle mérite bien, ainsi que l'a montré cet auteur, d'occuper une classe à part dans le cadre nosologique.

Elle a l'allure, les signes, etc., d'un rhumatisme infectieux, et dans les cas où nous l'avons observée, elle nous a paru, avec M. Poncet, relever de l'empoisonnement tuberculeux.

Dans cinq observations, en effet, de spondylose rhizomélisque que nous rapportons dans notre thèse, la tuberculose est la seule maladie infectieuse que nous rencontrions chez nos malades.

Nous connaissons déjà d'autres manifestations articulaires ankylosantes du rhumatisme tuberculeux et pour de bonnes raisons, nous devons lui rattacher par sa symptomatologie, par sa pathogénie, la spondylose rhizomélisque, d'où le nom de spondylose rhizomélisque d'origine tuberculeuse.

Loin de nous la pensée de contester à d'autres infections, en tête desquelles doit probablement se placer la blennorrhagique, le droit d'engendrer la spondylose rhizomélisque, mais il n'en est que plus vrai que ce dernier ne saurait être contesté à la

tuberculose, lorsque chez de tels rhumatisants on ne trouve précisément que cette maladie infectieuse.

Comme tout autre variété de rhumatisme tuberculeux, qui est primitif, secondaire ou concomitant, suivant que les accidents articulaires sont la première manifestation de la phimatose (rhum. tub. primitif) ou qu'il survienne après d'autres lésions tuberculeuses (rhumatisme secondaire), ou pendant leur évolution (rhumatisme concomitant), la maladie de Marie peut se présenter dans les mêmes conditions d'apparition ou de développement.

Dans la spondylose rhizomélique, l'épreuve par la tuberculine, séro-réaction, etc., peut mettre sur la voie du diagnostic et le confirmer.

VU :

*Le Président de la Thèse*

PONCET.

VU :

*Le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 janvier 1904.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université*

G. COMPAYRÉ.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ACHARD ET CLERC. — Ankylose spondylo-rhizomélisque et syringomyélie. *Soc. de neur.*, 1<sup>er</sup> février 1900.
- ALMEIDA PINTO. — Etude clinique des principales formes du rhumatisme articulaire chronique. *Th. Montpellier*, 1880.
- BARFON. — La radiographie appliquée à l'étude des arthropathies déformantes. *Th. de Lyon*, 1895.
- BÉRARD et DESTOT. — *Polyarthrite tuberculeuse déformante*. Congrès de chirurgie, 1897.
- BEZANÇON (F.). — Pseudo-rhumatisme tuberculeux. *Société médicale des hôpitaux*, oct. 1901, juin 1903.
- BOUILLAUD. — *Traité clinique du rhumatisme*. Paris, 1840.
- BOYER (M.). — Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélisque ou maladie de Marie. *Th. de Toulouse.*, 1899-99.
- CANTINI. — *Ankylose de la colonne vertébrale, spondylose rhizomélisque de Marie*. X<sup>e</sup> Congrès de la Soc. ital. de médecine interne. Rome, 1899.
- CAUBET. — Rhumatisme chronique et arthrite déformante progressive. *Rev. méd. de Toulouse*, 1899.
- CAZAL. — De l'étiologie du rhumatisme chronique déformant des extrémités, à la Salpêtrière. *Th. Paris*, 1897.
- CHARCOT. — *Maladies des vieillards*, 1889.
- CHAIKEWITCH. — Leçon sur le rhumatisme articulaire aigu et les pseudo-rhumatismes infectieux. *Bull. méd.*, 1894.

- CHEMILEWSKY. — Arthrite ankylosante de la colonne vertébrale et des grosses articulations. *Questions de médecine neuro-psychique* (russe), 1900.
- CORNIL. — Mémoires sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique. *Gaz. méd. Paris*, 1864.
- DANA. — Raideur chronique de la colonne vertébrale. *Medical News*, 1899.
- DREVET. — Polyarthrite tuberculeuse déformante. Pseudo-rhumatisme chronique des tuberculeux. *Th. de Lyon*, 1897.
- DURAND-FARDEL. — Etude critique de l'étiologie de l'arthrite noueuse. *J. d. Conn. méd. prat.*, Paris, 1880.
- DURAND-FARDEL. — Etude critique des connexions pathologiques de l'arthrite noueuse. *Ibid.*, 1881.
- EYMANN. — Du rhumatisme tuberculeux articulaire aigu. *Th. de Lyon*, 1902.
- FEINDEL-THOUSSARD. — Un cas de spondylose rhizomélisque. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, oct. 1898.
- GABBI. — Spondylose rhizomélisque. *Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, 1899.
- GASNE. — Un cas de spondylose rhizomélisque. *Ibid.*
- GRIFFON. — Un cas de pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif. Etude cryoscopique, preuve expérimentale. *Soc. méd. des hôpitaux*, 12 juin 1903.
- HEILIGENTHAL. — Contribution à l'étude de l'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1900.
- HEVEROCH. — Un cas d'arthrite déformant la hanche, se rapprochant de la spondylose rhizomélisque de Marie. *Soc. de méd. tchèque de Prague*, 1899.

- JOUVE. — Contribution à l'étude du rhumatisme vertébral chronique et de la spondylose rhizomélitique. *Th. de Lyon*, 1901.
- KHINELEWSKY. — Inflammation ankylosante du rachis et des grosses articulations des membres. *Questions de médecine neuro-psychique* (russe), 1900.
- KOLALER. — Ein seltener Fall von Spondylitis deformans. *Charité Annalen*, 1889.
- KOLLAUTS. — Klinisch therapeutische Wochenschrift, 1901. In *Revue neurologique*.
- LAIGNEL-LAVASLINE. — Un cas de spondylose rhizomélitique. *Revue neurologique*, 1900.
- LEREBOULLET et BERNARD. — Deux cas d'ankylose vertébrale d'origine blennorrhagique. *Archives générales de médecine*, 1900, t. I.
- LÉRI. — La spondylose rhizomélitique. *Rev. de méd.*, 1899.
- LÉVI et FOLLET. — Myoclonie et spondylose rhizomélitique. *Soc. de neur.*, Paris, 1900.
- LICHTEIM. — *Spondylose rhizomélitique*.
- MARIE. — Deux cas de spondylose rhizomélitique. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 11 fév. 1898.
- MARIE. — *Leçons de clinique médicale*, 1896.
- MARIE. — Sur la spondylose rhizomélitique. *Rev. méd.*, 1898.
- MARIE et LÉRI. — Autopsie d'un cas de spondylose rhizomélitique. *Soc. méd. Hôpitaux*, 24 fév. 1899.
- MARKUSZEWSKI. — Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélitique. *Th. Paris*, 1899.
- MASSALONGO (de Vérone). — XI<sup>e</sup> Congrès international italien de méd. interne. Pise, oct. 1901.
- MAYET et JOUVE. — Le rhumatisme vertébral chronique et la spondylose rhizomélitique. *Gaz. des Hôp.*, juin 1902.

- MÉRI. — Un cas de spondylose rhizomélisque. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1899.
- MILIAN. — Deux cas de spondylose. *Soc. méd. des Hôp.*, 1898.
- MULLER. — Inflammation ankylosante chronique de la colonne vertébrale. *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1899.
- PIC et BOMBES DE VILLIERS. — Spondylose rhizomélisque et tuberculose. *Lyons médical*, 4 oct. 1903.
- A. PONCET. — Rhumatisme tuberculeux ankylosant. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 10 juillet 1903.
- A. PONCET et MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux. Pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire. *L'Œuvre médico-chirurgicale* (D<sup>r</sup> Critzman, directeur), n° 34, août 1903.
- A. PONCET. — Pseudo-rhumatisme tuberculeux d'origine bacillaire. Communication à l'Académie de médecine, juin 1897 et Congrès de chirurgie, Paris, 1897.
- A. PONCET. — *Rhum. tub. abarticulaire*. Monographie cliniques. Masson, Paris, 1902.
- A. PONCET. — *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1900-1903.
- A. PONCET. — Rhumatisme tuberculeux. *Bull. méd.* de 1900.
- POULY. — Rhumatisme chronique déformant et tuberculose. *Th. de Lyon*, 1902.
- RAYMOND. — *Société médicale des Hôpitaux*, 14 av. 1899.
- RENDU. — *Société méd. des Hôpitaux*, 14 av. 1899.
- SACHS et FROENKEL. — *Rigidité ankylosante progressive de la colonne vertébrale*.
- SCHULLER. — De l'origine microbienne du rhumatisme articulaire chronique. *Commun. à la Soc. de médecine berlinoise*, 1896.
- SENATOR. — Un cas de spondylose rhizomélisque. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1899.

STRUMPELL. — Bemerkung über die chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und die Huftgelenke. *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk*, 1897.

TEISSIER et ROQUE. — Rhumatisme chronique. *Traité de méd. et de théér.*, t. III, sept. 1896.

THANASSESCO. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique de la colonne vertébrale. *Th. de Paris*, 1892.

THÉBENEAU. — Fréquence du rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et les tuberculoses locales. *Th. de Lyon*, 1902.

TRIBOULET. — Rhumatismes chroniques d'infection. *Rev. de méd.*, 1898.

TROUSSEAU. — *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*.

VITTORIO ASCOLI. — Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélisque. *Il policlino*, 1898.

ZEMMER. — Rigidité de la colonne vertébrale. *The Journal of nervous and mental Disease*, 1899.

---



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                            | Pages |
|------------------------------------------------------------|-------|
| AVANT-PROPOS.....                                          | 7     |
| INTRODUCTION.....                                          | 9     |
| CHAPITRE PREMIER. — Description. — Anatomie pathologique.. | 13    |
| CHAPITRE II. — Étiologie et Pathogénie.....                | 19    |
| CHAPITRE III. — Observations.....                          | 27    |
| CONCLUSIONS .....                                          | 51    |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....                                 | 53    |

---





